

**DEPARTAMENTO DE SEGURO ECONÓMICO DE ARIZONA
DIVISIÓN DE INCAPACIDADES DEL DESARROLLO**

**CERTIFICADO DE RECIBO DEL
AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Nombre del individuo y de la persona responsable/tutor, si es pertinente:

Nombre del individuo con letra de imprenta

Nombre de la persona responsable (tutor) con letra de imprenta

Relación

Reconozco haber recibido el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad de la División de Incapacidades del Desarrollo.

Firma del individuo (si puede firmar)

Fecha

Firma de la persona responsable (tutor)

Fecha

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo la Ley de Estadounidenses con Incapacidades, el Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato, llame al 602-542-6825.